

# 1

## Haute altitude

### Acétazolamide et haute altitude : dosage, durée? Prévention ou traitement?

— Question posée par  
Dr Michel Frigon,  
Québec (Québec)

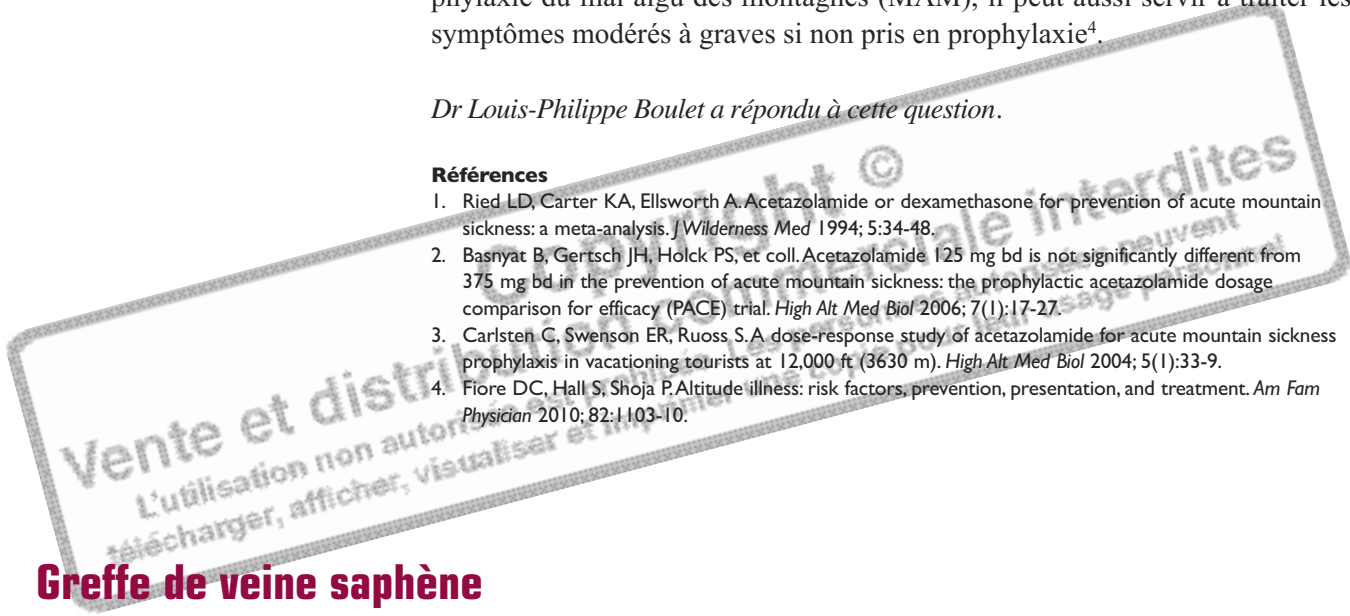
L'acétazolamide inhibe l'anhydrase carbonique, causant ainsi une perte de bicarbonates et une acidose métabolique. Il réduit la vasoconstriction pulmonaire hypoxique, mais on a peu de données sur son effet dans l'œdème pulmonaire de haute altitude.

Ce traitement est reconnu cependant pour diminuer les symptômes de maladie aiguë des montagnes, et des études rapportées ont utilisé des doses de 250 à 1 000 mg par jour. On recommande de l'entreprendre au moins un jour avant l'ascension et de le continuer jusqu'à l'initiation de la descente. La dose optimale est incertaine, et la plupart recommandent 500 à 750 mg par jour (250 mg 2 f.p.j. à 3 f.p.j.)<sup>1,2,3</sup>. Quoique l'acétazolamide soit surtout considéré pour la prophylaxie du mal aigu des montagnes (MAM), il peut aussi servir à traiter les symptômes modérés à graves si non pris en prophylaxie<sup>4</sup>.

*Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.*

#### Références

1. Ried LD, Carter KA, Ellsworth A. Acetazolamide or dexamethasone for prevention of acute mountain sickness: a meta-analysis. *J Wilderness Med* 1994; 5:34-48.
2. Basnyat B, Gertsch JH, Holck PS, et coll. Acetazolamide 125 mg bd is not significantly different from 375 mg bd in the prevention of acute mountain sickness: the prophylactic acetazolamide dosage comparison for efficacy (PACE) trial. *High Alt Med Biol* 2006; 7(1):17-27.
3. Carlsten C, Swenson ER, Ruoss S. A dose-response study of acetazolamide for acute mountain sickness prophylaxis in vacationing tourists at 12,000 ft (3630 m). *High Alt Med Biol* 2004; 5(1):33-9.
4. Fiore DC, Hall S, Shoja P. Altitude illness: risk factors, prevention, presentation, and treatment. *Am Fam Physician* 2010; 82:1103-10.



# 2

## Greffe de veine saphène

### À la suite d'un pontage coronarien avec greffe de veine saphène, si le patient arrive avec un gonflement du mollet et de la douleur, est-ce que son risque de thrombose veineuse, la prise en charge et l'évaluation des risques sont les mêmes que pour un patient sans greffe de veine saphène?

— Question posée par  
Dr Parvinder Bath,  
Mississauga (Ontario)

La greffe de veine saphène ne change pas l'approche clinique habituelle de ce patient. Devant une suspicion de thrombophlébite veineuse profonde, un doppler veineux devrait être fait, et le patient devrait être traité de façon habituelle si le diagnostic est confirmé.

*Le Dr Jean Dufrense a répondu à cette question.*

# 3

## Diamètre de l'aorte et anévrisme

**À partir de quel diamètre doit-on recommander le diagnostic d'un anévrisme de l'aorte abdominale chez un patient de plus de 75 ans asymptomatique avec hypertension artérielle pulmonaire contrôlée?**

— Question posée par  
Dre Sylvie Gill,  
Sorel-Tracy (Québec)

Un anévrisme de l'aorte abdominale obtient une indication chirurgicale lorsqu'il dépasse 55 mm chez l'homme et 50 mm chez la femme, car, à ce moment, le risque de rupture augmente de façon significative.

À partir de 45 mm, une référence en chirurgie vasculaire est obligatoire et un suivi échographique aux six mois est recommandé. Un taux de croissance de plus de un centimètre par année est inquiétant et impose également une référence en chirurgie vasculaire peu importe la taille initiale de l'anévrisme. La prise en charge agressive des facteurs de risque est d'une nécessité absolue.

*Dr Mathieu Bernier a répondu à cette question.*

# 4

## Exercice physique chez les asthmatiques

**Est-ce qu'il est vrai qu'il n'est plus recommandé de suggérer la prise d'un bronchodilatateur avant l'exercice physique chez les asthmatiques?**

Les bronchodilatateurs de type  $\beta_2$ -agoniste sont les meilleurs médicaments pour prévenir l'asthme d'effort lorsqu'ils sont pris dans la demi-heure précédant l'effort. Cependant, la dernière mise à jour des recommandations du Guide de pratique du groupe canadien de consensus sur l'asthme (GCCA) mentionne que la prise régulière de ce type de médicament pour prévenir ou traiter les symptômes induits par l'exercice indique souvent une maîtrise de l'asthme sous-optimale et que les doses prises en prévention de l'asthme d'effort doivent être incluses dans la limite quotidienne (< 4 fois/semaine au total). Si un patient requiert ce type de médication quotidiennement ou avant chaque exercice, il peut donc nécessiter une augmentation du traitement de maintenance. De plus, l'utilisation régulière d'un  $\beta_2$ -agoniste à courte durée d'action comme le salbutamol peut entraîner une tolérance à l'effet bronchoprotecteur de la médication et être moins efficace. Il ne faut pas oublier que si le patient devient de plus en plus intolérant à l'effort, il faut, outre le fait de réviser la médication, vérifier s'il y a un contact environnemental contributoire, une mauvaise adhérence au traitement ou une technique d'inhalation fautive<sup>1</sup>.

*Dr Louis-Philippe Boulet a répondu à cette question.*

### Référence

1. Loughheed MD, Lemiere C, Dell S, et coll. Canadian Thoracic Society Asthma Committee commentary on long-acting beta-2 agonist use for asthma in Canada. *Can Respir J* 2010; 17(2):57-60.

## 5

## Labyrinthite virale

**Combien de temps (en semaines ou en mois) peut durer une labyrinthite virale, sans nausées, ni vomissements, ni acouphènes?**

— *Question posée par  
Dr Régent Roy,  
Danville (Québec)*

Une labyrinthite est une inflammation de l'oreille interne. En plus d'un déséquilibre, le patient qui en souffre peut aussi éprouver une perte d'audition et des acouphènes. La labyrinthite est le plus souvent d'origine virale et se produit souvent à la suite d'une infection des voies respiratoires supérieures, mais elle peut aussi être causée par:

- une infection bactérienne;
- un trauma crânien;
- un stress extrême;
- une réaction allergique;
- un médicament.

La période de rétablissement à la suite d'une labyrinthite est généralement de quatre à six semaines. Par contre, il n'est pas rare que des symptômes résiduels (déséquilibre et/ou vertiges) durent plusieurs mois voire même des années si un dommage permanent est survenu.

À la suite d'un dommage permanent, l'évolution de la labyrinthite est la suivante :

1. Une période aiguë qui peut comprendre de graves vertiges et des vomissements;
2. Environ deux semaines de symptômes subaigus et un rétablissement rapide;
3. Finalement, une période de compensation qui peut durer plusieurs mois ou même des années.

La compensation s'installe naturellement dans la majorité des cas, et ce, entre deux à quatre semaines après le début des symptômes. Les mouvements de la vie quotidienne sont généralement suffisants pour réussir la compensation à long terme et éliminer la symptomatologie. Certains patients auront besoin d'une thérapie de réhabilitation pour récupérer de l'atteinte à leur centre de l'équilibre. Si le déséquilibre et/ou le vertige activé par le mouvement persiste plus de quatre à six semaines, le processus de compensation chronique est incomplet et le médecin peut orienter le patient vers un programme offrant une thérapie de réhabilitation vestibulaire.

*Dr Ted L. Tewfik a répondu à cette question.*

# 6

## Prescrire ou proscrire la pioglitazone?

**Combien de cas de cancer de la vessie ont-ils été retrouvés au Canada chez les patients traités avec de la pioglitazone? La pioglitazone a été retirée en Europe : que faire?**

— *Question posée par  
Dr Gaétan Jacob,  
Baie-Comeau (Québec)*

Dans un communiqué datant de juin 2011, Santé Canada nous a informé qu'on entamait un examen de l'état du médicament à la suite des études indiquant un risque accru du cancer de la vessie lié à la pioglitazone.

À ma connaissance, le nombre de cas au Canada n'a pas été révélé. En effet, la pioglitazone a été retirée du marché en France et en Allemagne. Le cancer de la vessie était surtout en hausse chez les hommes ayant pris la pioglitazone pour une durée supérieure à un à deux ans. On savait déjà que la pioglitazone était contre-indiquée dans les cas d'insuffisance cardiaque, et qu'une fréquence accrue de fractures a été observée au niveau distal des membres chez les femmes. À ceci s'ajoute donc le risque accru de cancer de la vessie duquel le patient doit être informé. La décision de continuer la pioglitazone doit être prise en considérant tout ceci. Le contrôle du diabète est néanmoins plus facile à la suite de l'élargissement des choix thérapeutiques avec l'arrivée sur le marché des hypoglycémifiants de la classe des incrétines.

*Dre Hortensia S. Mircescu a répondu à cette question.*

# 7

## Adieu varices!

**Quels sont les avantages du traitement au laser des varices versus une chirurgie conventionnelle?**

— *Question posée par  
Dre Céline Chabot,  
Québec (Québec)*

D'abord, un élément important à prendre en considération lors du traitement d'une varice (hormis les effets indésirables, les contre-indications, le coût et la préférence du patient) est son diamètre.

Pour les grosses varices, l'approche chirurgicale (phlébectomie ou éveinage) donne de bons résultats. Le laser endoveineux est une autre technique qui pourrait remplacer, dans certains cas, les chirurgies conventionnelles. Un avantage de cette technique demeure la convalescence plus courte que pour l'éveinage, allant de deux jours à une semaine.

Pour les varices de calibre moyen, la sclérothérapie offre de bons résultats, tandis que pour les petites varices le laser vasculaire est la meilleure option.

*Les Drs Fanny-Emmanuelle Bernier, externe 2, et Simon Nigen ont répondu à cette question.*



## Infiltrations de cortisone

**Est-ce que les infiltrations de cortisone sont vraiment efficaces selon la médecine fondée sur les preuves?**

— *Question posée par  
Dr Huu-Nghi Quach,  
Blanc-Sablon (Québec)*

Il s'agit d'une question très large qui peut s'adresser à plusieurs spécialités médicales et chirurgicales. Je vais limiter la réponse aux conditions rhumatologiques articulaires et péri-articulaires.

Bien que les infiltrations de cortisone soient couramment utilisées dans le traitement de diverses conditions articulaires, et que leur efficacité soit reconnue par la plupart des cliniciens, les preuves scientifiques dans la littérature sont peu nombreuses. En effet, il n'existe aucune étude prospective contrôlée, randomisée, à double insu ayant comme objectifs principaux d'évaluer l'efficacité et la toxicité des différentes préparations de stéroïdes injectables disponibles.

Toutefois, il y a quelques études qui ont considéré la durée de la réponse clinique à la suite d'une infiltration de cortisone en fonction de la condition traitée. La plupart des études datent des années 60 et 70. McCarty et coll.<sup>1</sup> ont rapporté une rémission relative de synovite des petites articulations des mains et des poignets chez 88 % des patients avec arthrite rhumatoïde traités avec une infiltration locale de cortisone. La durée moyenne d'amélioration chez ce groupe de patients a été de 22 mois alors qu'il n'y a eu aucune amélioration dans le groupe placebo.

Dans le cas de l'arthrose, la réponse aux injections intra-articulaires est moindre. En effet, plusieurs études<sup>2-7</sup> ont démontré que l'effet était moins durable, soit environ six semaines comparé au placebo. Par contre, si un drainage du liquide synovial est fait avant l'infiltration, le taux de récurrence à six mois est réduit de moitié.

Quant à l'efficacité des infiltrations péri-articulaires, une revue récente de la littérature conclut qu'elles pourraient être efficaces, mais que leur effet serait modeste et de courte durée. Selon les auteurs, d'autres études seraient nécessaires.

*Dr Mark Hazeltine a répondu à cette question.*

### Références

1. McCarty DJ. Treatment of rheumatoid joint inflammation with trimacicolone hexacetonide. *Arthritis Rheum* 1972; 15(2):157.
2. Jones A, Doherty M. Intra-articular corticosteroids are effective in osteoarthritis but there are no clinical predictors of response. *Ann Rheum Dis* 1996; 55(11):829.
3. Gaffney K, Ledingham J, Perry JD. Intra-articular triamcinolone hexacetonide in knee osteoarthritis: factors influencing the clinical response. *Ann Rheum Dis* 1995; 54(5):379.
4. Eriksson BI, Kakkar AK, Turoie AG, et coll. Oral rivaroxaban for the prevention of symptomatic venous thromboembolism after elective hip and knee replacement. *J Bone Joint Surg Br* 1958; 40-B(4):636.
5. Dieppe PA, Sathapatayavongs B, Jones HE, et coll. Intra-articular steroids in osteoarthritis. *Rheumatol Rehabil* 1980; 19(4):212.
6. Friedman DM, Moore ME. The efficacy of intraarticular steroids in osteoarthritis: a double-blind study. *J Rheumatol* 1980; 7(6):850.
7. Raynauld JP. Clinical trials: impact of intraarticular steroid injections on the progression of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 1999; 7(3):348.